



Les enfants, les DSRP et les dépenses publiques au Burkina Faso

Le Burkina Faso est l'un des premiers pays du monde – et le premier de la région – à avoir adopté un Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP), connu localement sous le titre de Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP). Le DSRP de « première génération » couvrait la période 2000-2003, tandis que le deuxième DSRP, initialement prévu pour la période 2004-2006, a été prorogé jusqu'en 2010. Le gouvernement a utilisé activement le processus des CSLP comme cadre de coordination des programmes de développement.

Une étude de l'UNICEF (voir encadré 1) a constaté que les intérêts des enfants sont très présents dans les deux CSLP. Par ailleurs, la répartition des dépenses publiques a été jugée largement conforme aux engagements de politique pris dans les CSLP, avec des augmentations considérables des dépenses de santé et d'éducation entre 2002 et 2006. Cependant, l'étude a souligné l'importance de mettre en place un cadre politique meilleur pour faire face aux obstacles financiers qui continuent d'entraver l'accès des pauvres aux soins de santé et à l'éducation. Il a été également recommandé de renforcer le système de gestion des finances publiques (GFP) afin d'améliorer l'efficacité et l'équité des ressources allouées aux secteurs sociaux dans la fourniture des services de base aux enfants.

Encadré 1. Etude sur les enfants, les DSRP et les budgets en Afrique de l'Ouest et du Centre

Le présent document fait partie des huit notes d'information rédigées pour présenter les principales conclusions d'une étude sur les enfants, les DSRP et les budgets en Afrique de l'Ouest et du Centre. L'étude avait pour objectif de promouvoir une meilleure compréhension de l'impact sur les enfants des DSRP, des politiques budgétaires, des réformes des systèmes de gestion des finances publiques et des flux de l'aide en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Cette étude, menée à la demande du Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre et réalisée par Oxford Policy Management (OPM) entre novembre 2007 et février 2009, comprend une évaluation régionale et cinq études de cas de pays sur le Burkina Faso, le Tchad, le Ghana, la Mauritanie et la Sierra Leone.

Le rapport sur le Burkina Faso a été rédigé par Alta Folscher, Clare O'Brien, Karim Traoré et Emily Wylde.



Encadré 2. Passage du CSLP-1 au CSLP-2

Les quatre axes stratégiques du CSLP-1 consistaient à : (1) accélérer la croissance équitable ; (2) garantir l'accès des populations pauvres aux services sociaux de base ; (3) accroître les activités génératrices de revenus ; et (4) promouvoir la bonne gouvernance. Deux des sept « principes directeurs » consistaient à réduire les disparités régionales et de genre. Le CSLP-1 donnait une forte priorité à l'éducation de base, à travers l'amélioration de la qualité et la couverture, ainsi que l'amélioration du rapport coût-efficacité. La santé des enfants a également été mise en exergue, tout comme des mesures spécifiques pour rendre abordables les coûts des services de soins de santé. Malgré ces ambitions clairement affichées, les résultats du CSLP-1 se situaient en deçà des attentes non seulement en termes d'accès aux services sociaux mais également d'efficacité voire d'équité de ces services.

Dans le CSLP-2, le deuxième axe stratégique a été révisé afin de "promouvoir l'accès aux services sociaux de base et la protection sociale pour les pauvres". Les principes directeurs ont été renforcés par l'inclusion du principe de la « promotion de l'emploi et des jeunes ». Le CSLP-2 se focalise aussi sur les trois premières années de l'enseignement secondaire, et préconise la gratuité des frais de scolarité dans l'enseignement primaire. Le CSLP-2 ambitionne également de faciliter l'accès aux soins de santé aux populations les plus pauvres, en subventionnant certains frais, et définit des politiques de lutte contre le VIH/SIDA. L'introduction de la garantie de la protection sociale est l'une des manifestations du plus grand intérêt que le CSLP-2 accorde aux besoins des enfants par rapport au CSLP-1. Conformément à la Stratégie nationale de gestion des risques et de protection sociale (2006) et à la Politique nationale d'action sociale (2007), les domaines stratégiques identifiés sont la promotion des droits des enfants et des familles, la protection des enfants en danger et l'appui au développement de la petite enfance. Le CSLP-2 fait également un large panorama de la réduction de la pauvreté en s'engageant à "lutter contre toutes les formes d'exclusion sociale" et à "promouvoir la solidarité".

La pauvreté des enfants

Avec une croissance économique plutôt modérée au cours des dernières années, le Burkina Faso a fait des progrès dans le domaine du développement socio-économique. En dépit des progrès réalisés, le pays reste encore l'un des plus pauvres du monde, classé 176ème sur 177 selon l'indice de développement humain pour la période 2007/2008. Environ 46% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté absolue, avec une incidence atteignant jusqu'à 69% dans le nord du pays. Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile demeurent élevés, se situant respectivement à 83 et 188 décès pour mille naissances vivantes en 2006. La mortalité maternelle est aussi élevée (484 décès pour 100.000 naissances vivantes en 1998), avec d'importantes disparités entre les zones rurales et urbaines. Le taux brut de scolarisation de l'enseignement primaire a régulièrement progressé, pour atteindre 67% en 2006/2007, et les nouvelles inscriptions par an ont plus que doublé entre 2000/2001 et 2006/2007. Cependant, le taux net de scolarisation fait encore partie des plus faibles du monde. Les disparités selon le genre persistent et des problèmes de qualité continuent de se poser avec acuité dans un système scolaire marqué par des taux de redoublement élevés (24% dans le troisième cycle) et des taux d'achèvement faibles. Des difficultés majeures entravent la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

CSLP et politiques sectorielles

Le cadre des politiques définies dans les deux CSLP (1 et 2) est adapté à la situation sous-jacente de pauvreté des enfants du pays. Il se caractérise par une forte priorité accordée aux soins de santé primaire et à l'éducation de base, et notamment par des engagements en faveur de l'amélioration de l'offre et la qualité des services et à la réduction graduelle des barrières physiques et financières qui entravent l'accès aux services. Ces priorités sont en harmonie avec les stratégies sectorielles déjà élaborées dans les domaines de la santé et de l'éducation, plus précisément le Plan décennal de développement de l'éducation de base (PDDEB) et le Plan national de développement sanitaire (PNDS). Néanmoins, en termes d'opérationnalisation de la stratégie de réduction de la pauvreté, des mesures à la fois plus

exclusion sociale

réduction de la pauvreté

approfondies et mieux ciblées seront requises pour améliorer l'équité en matière d'accès aux services de santé, tout en assurant le financement adéquat de ces services, surtout au niveau primaire.

Le CSLP est mis en œuvre à travers le Programme d'actions prioritaires (PAP) détaillé qui vise à rendre opérationnelle la stratégie. Le PAP est appuyé par une matrice de mesures et de réformes, ainsi qu'un Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) pour l'allocation des ressources aux ministères sectoriels.

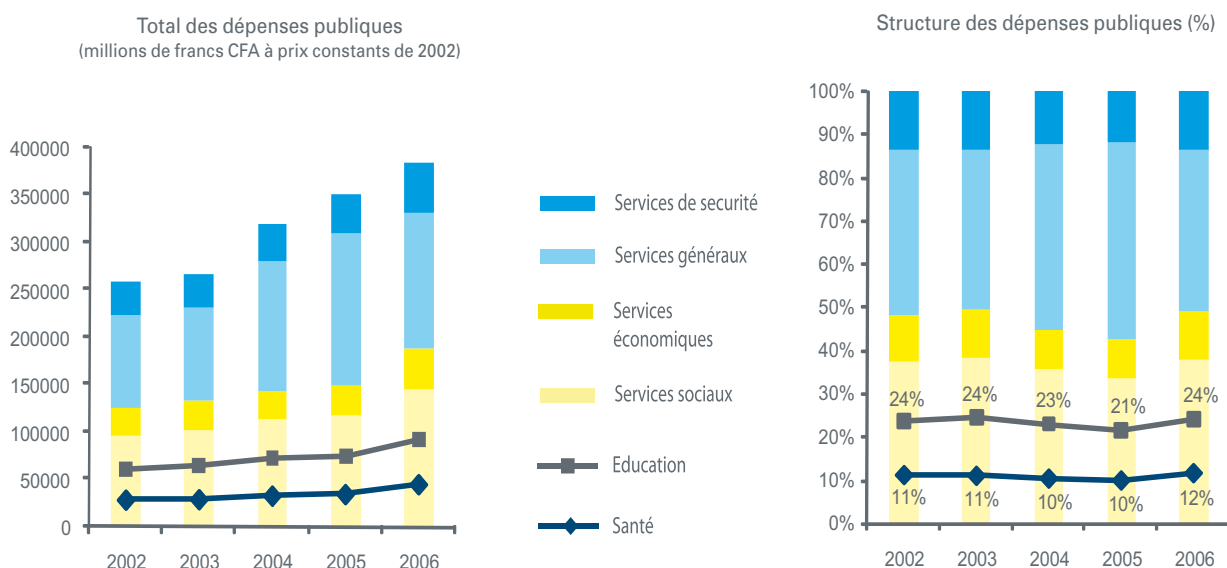
Espace budgétaire et dépenses pour les enfants

Les engagements pris dans le cadre du processus CSLP, ainsi que l'éligibilité du pays à l'initiative d'allègement de la dette, ont engendré une augmentation considérable des dépenses dans des domaines prioritaires comme l'enseignement primaire, les soins de santé primaires et le développement rural. Le gouvernement a également consenti d'importants efforts depuis l'adoption du CSLP-1 pour protéger les secteurs prioritaires des coupes budgétaires en cas de baisse des ressources, étant donné que les taux d'exécution des secteurs prioritaires ont été, dans l'ensemble, systématiquement plus élevés que ceux des secteurs non prioritaires.

Les dépenses totales du gouvernement au cours de la période de 2002 à 2007 ont augmenté de 10% par an en termes réels et devraient, selon les prévisions, connaître une hausse de 5% par an entre 2007 et 2010. Cette tendance a permis une augmentation substantielle des ressources globales de la santé et de l'éducation, les dépenses de santé ayant progressé de 30% en termes réels et celles de l'éducation de 50% entre 2002 et 2007. Au cours de la même période, à l'exception d'une légère baisse enregistrée en 2005, la santé et l'éducation ont conservé leurs parts dans les dépenses publiques, avec respectivement 11,5% et 23,8% des dépenses, dont 15,1% pour l'enseignement primaire, en 2006. Dans l'ensemble, les secteurs sociaux ont enregistré une faible hausse de leur part dans les dépenses, de 37% en 2002 à 38% en 2006 (voir figure 1).

Etant donné le ralentissement anticipé de la croissance des dépenses totales, comme conséquence de la stratégie actuelle de réduction du déficit budgétaire (6% du PIB en 2007 selon les estimations du FMI), un nouvel élargissement de l'espace budgétaire de la santé et de l'éducation nécessiterait la redéfinition des priorités au sein des ministères ou l'accroissement de l'aide par les bailleurs.

Figure 1. Evolution des dépenses publiques, par secteur, 2002-2006



Source: Ministère de l'Economie et des Finances.

En ce qui concerne l'éducation, il a été noté un accroissement de la part de l'éducation de base dans les dépenses du secteur, accompli surtout avec des ressources intérieures, ce qui souligne l'engagement du gouvernement en faveur de l'enseignement primaire universel. La construction de salles de classe et le taux d'encadrement ont réussi à suivre le rythme des nouvelles inscriptions. Cependant peu de progrès ont été réalisés concernant la réduction du ratio élèves/enseignants.

S'agissant de la santé, les dépenses courantes n'ont pas pu progresser au même rythme que les dépenses consacrées à la construction des structures de santé. Seulement 76% des centres de santé communautaires respectaient les normes en termes de personnel en 2007, avec le recrutement et le maintien du personnel demeurant les principaux problèmes du secteur. On note de grandes disparités parmi les districts sanitaires en ce qui concerne la dotation en personnel de santé. Les déséquilibres dans l'allocation des ressources parmi les différentes catégories de dépenses (investissement, personnel, biens et services) et parmi les districts sanitaires ont des implications profondes sur l'efficacité et l'équité en matière de prestation de services.

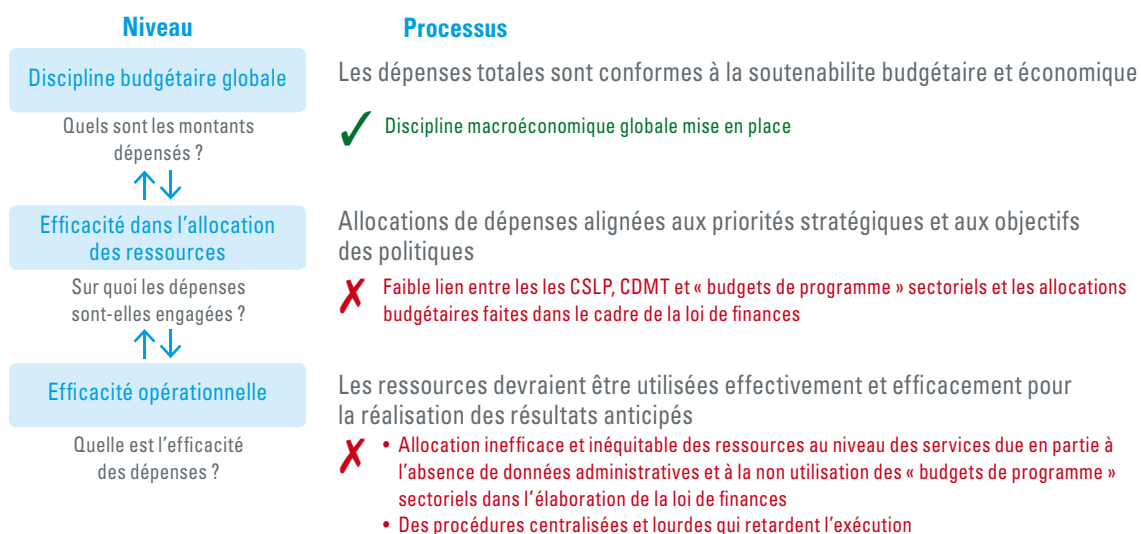
Aide au développement

L'aide publique au développement (APD) a augmenté, passant de 481 millions de dollars US en 2000 à 871 millions en 2006 (en dollars constants 2006). Cependant, depuis 2000, l'APD connaît un recul par rapport au RNB, chutant de 8,8% à 6,2% en 2006, conformément à l'évolution de la croissance économique.

Dans l'ensemble, les flux de l'aide « hors budget » ont augmenté, passant de 25% du total de l'APD en 1995 à 45% en 2001 et 55% en 2005, et cela malgré l'accroissement de l'appui budgétaire au cours des dernières années. L'appui budgétaire ne représente toujours qu'une faible partie du financement total, dont seulement 30% des flux de l'aide « sur budget » en 2004. Les projets d'investissement représentent de loin la plus importante composante des flux de l'APD.

Conformément aux priorités définies par les CSLP, les secteurs sociaux sont devenus de plus en plus importants pour les donateurs multilatéraux et bilatéraux. Entre 2002 et 2006, l'éducation et la santé ont doublé leur part de l'APD : de 7,5 à 15% pour l'éducation et de 3 à 6% pour la santé.

Figure 2. Performance générale en matière de GFP



Gestion des finances publiques

Si le processus CSLP a, en règle générale, contribué à renforcer la focalisation sur les secteurs sociaux, les faiblesses qui demeurent dans le système de GFP continuent d'entraver l'efficacité des ressources disponibles pour les services destinés aux enfants (voir figure 2). Il s'agit, en particulier, des problèmes suivants :

- Le faible lien entre le CSLP (et les plans sectoriels), la planification budgétaire à moyen terme et la loi de finances ;
- La faible obligation de rendre compte des résultats de la mise en œuvre des programmes financés ;
- Le faible accès des populations aux informations budgétaires et la faible participation de la société civile.

Des insuffisances sont constatées aussi bien dans la formulation que dans l'exécution du budget, avec des implications sérieuses sur la prestation des services de santé et d'éducation. Le Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT) et les «budgets de programme»

sectoriels n'ont pas encore réussi à faire intégrer les priorités stratégiques définies par le CSLP dans le processus budgétaire annuel, ce qui est à l'origine des faiblesses dans l'allocation des ressources et dans l'efficacité opérationnelle des dépenses sectorielles. Les budgets de programme sectoriels ne sont pas repris par le processus budgétaire annuel. Ces faiblesses expliquent les progrès décevants enregistrés dans la correction des disparités régionales et les déséquilibres entre dépenses d'investissement et dépenses courantes.

La réforme du système de GFP est en cours, notamment avec les efforts pour renforcer le rôle du CDMT dans le cycle budgétaire, développer les budgets de programme, réviser la nomenclature budgétaire et créer un système informatisé de suivi des dépenses publiques. La décentralisation fiscale (voir encadré 3) accompagne les réformes administratives et des efforts sont en cours pour faire en sorte que les mécanismes de mobilisation, d'allocation, de décaissement et de contrôle des ressources publiques soient conformes aux normes internationales.

Encadré 3. Déconcentration et décentralisation

Le Burkina Faso se caractérise, d'un point de vue administratif, par la déconcentration et la décentralisation, avec un découpage du territoire, depuis 2006, en régions et provinces (entités relevant du gouvernement central) et en communes (entités autonomes). La déconcentration des services du niveau central au niveau régional a été initiée dans 10 des 13 régions et appliquée dans plusieurs secteurs, notamment dans l'éducation, la santé, l'eau et l'assainissement. Un processus de décentralisation des ressources financières au niveau des communes sur une base « par habitant » a été aussi mis en œuvre. Un fonds fiduciaire a été créé pour favoriser la mobilisation des ressources et le financement des nouvelles infrastructures sociales et économiques planifiées par les municipalités dans leurs plans locaux de développement. Parallèlement à ces réformes administratives, on note des changements dans le système de GFP afin de permettre les paiements aux niveaux inférieurs de l'administration.

Les principaux obstacles rencontrés jusqu'ici sont les suivants : des retards dans la transmission des crédits délégués au niveau local, les faibles capacités des fournisseurs de biens et services au niveau local à se conformer aux conditions exigées du gouvernement et la faiblesse des systèmes d'information de gestion financière au niveau provincial, ce qui est en partie à l'origine des retards dans le traitement des dépenses.

Il conviendrait de mettre en œuvre les mesures suivantes pour faire face à ces faiblesses : le renforcement de la déconcentration des dépenses au niveau local pour une meilleure association des moyens et une exécution plus satisfaisante du budget, le renforcement du suivi et le développement des capacités afin d'améliorer l'obligation de rendre compte au niveau local des résultats des dépenses publiques ; et des critères pour assurer une allocation plus équitable et plus efficace des ressources au niveau régional.

Conclusions et recommandations

Politique

Le cadre des politiques définies dans les deux CSLP a bien répondu à la situation sous-jacente de pauvreté des enfants qui prévaut dans le pays, avec la priorité accordée à l'accroissement d'accès aux soins de santé primaires et à l'éducation. Cependant, il est nécessaire de mettre un accent plus fort sur les mesures visant à garantir l'équité dans le domaine de la santé afin de faire face aux barrières financières qui continuent d'entraver l'accès aux soins, tout en tentant de combler les déficits de financement des structures sanitaires. De même, des stratégies efficaces sont nécessaires pour la réduction des disparités régionales dans le financement et la prestation des services sociaux de base.

Dépenses dans les secteurs sociaux

La mise en œuvre du CSLP et l'allègement de la dette ont entraîné une augmentation substantielle des dépenses dans les domaines prioritaires comme l'enseignement primaire, les soins de santé primaires et le développement rural, tout en instaurant la discipline budgétaire globale. Le gouvernement devrait continuer à protéger les secteurs prioritaires des coupes budgétaires en cas de déficit de ressources, une menace sérieuse étant donné la crise économique mondiale. En outre, un lien plus important entre les engagements de politique et le processus budgétaire

est nécessaire pour renforcer l'efficacité et l'équité dans l'allocation et l'utilisation des ressources.

Renforcement de la GFP

Le gouvernement a initié des efforts pour faire face aux faiblesses dans la GFP, ce qui a eu un impact positif sur la discipline budgétaire globale et la crédibilité générale du budget. Des efforts continus sont nécessaires pour améliorer l'orientation stratégique du budget et renforcer les liens entre les budgets des programmes sectoriels, les CDMT et le budget de l'Etat. Le processus de déconcentration devrait s'accompagner d'une amélioration des mécanismes d'allocation géographique des ressources, afin de surmonter les disparités dans la prestation de services.

APD

Il a été constaté une augmentation substantielle de l'aide, surtout au profit des secteurs sociaux, et une légère augmentation de l'appui budgétaire et de l'utilisation des systèmes nationaux, conformément aux principes de la Déclaration de Paris, bien que cette augmentation ne soit pas suffisante pour induire une amélioration décisive de l'efficacité de l'aide. Les flux de l'aide extrabudgétaire restent importants et ont même augmenté. Cette situation met en exergue la nécessité, pour les partenaires au développement, d'intensifier leurs efforts afin d'améliorer la qualité de l'aide.

UNICEF Bureau Régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre
wcaro@unicef.org • www.unicef.org/wcaro

avec **UNICEF Burkina Faso**
B.P. 3420, Ouagadougou 01, Burkina Faso
ouagadougou@unicef.org

Oxford Policy Management (OPM)
6, St. Aldates Courtyard, St. Aldates,
Oxford OX1 1BN, Royaume-Uni

© UNICEF, 2009. Produit avec le financement de l'Agence Suédoise de Coopération Internationale au Développement (ASDI).

Les résultats, interprétations et conclusions exprimés sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les politiques ou les points de vue de l'UNICEF et de l'OPM.

Mise en page & graphisme : Julie Pudlowski Consulting/ Rita Branco • **Photographie :** © UNICEF/WCARO/2009/Pudlowski